Cena 1 zł 50 gr

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 4 (XV) Grudzień 1951 Nr 12



WYDAWCA POLSKI CZERWONY KRZYŻ



TREŚĆ

W. J. — Przemiany gospodarcze

DR JAN RUTKIEWICZ — Społeczna akcja zapobiegania gruźlicy

MARIA GEJLER — Praca pielęgniarki w poradni przeciwgruźliczej

STEFANIA MICHAŁOWSKA — Pielęgnowanie chorych na Heine Medina

W szkole i na kursie

Kronika

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek i skrótów, bez porozumienia z autorem.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 4 (XV) Grudzień 1951 Nr 12

JÓZEF STALIN KOŃCZY 72 LATA

Imię Stalina nierozerwalnie wiąże się w sercach i umysłach polskiej klasy robotniczej i narodu polskiego z dwukrotnym za życia naszego pokolenia wyzwoleniem Ojczyzny: z niewoli cara i kajzerów, z niewoli hitlerowskiej.

Imię Stalina nierozerwalnie wiąże się z historycznym przełomem w stosunkach między narodem polskim a narodem rosyjskim, ukraińskim i białoruskim, z jego decydującą rolą w tworzeniu podwalin Odrodzonego Wojska Polskiego, z odzyskaniem przez nas ziem nad Bałtykiem, Odrą i Nysą, z wydatną pomocą w odbudowie gospodarki narodowej, we wskrzeszeniu Warszawy z ruin i zgliszcz powojennych.

Ogromne doświadczenie Partii Lenina i Stalina, pełne głębokiej mądrości rady Towarzysza Stalina, wielkiego przyjaciela naszego narodu, w węzłowych zagadnieniach rozwoju Polski Ludowej — pomogły naszej Partii w wytyczeniu jasnej perspektywy socjalizmu, pomagają jej prowadzić naród polski drogą politycznych i społeczno-gospodarczych zwycięstw.



Upowszechnianie nauki Lenina i Stalina, opanowywanie jej przez polską klasę robotniczą daje Partii naszej rękojmię dalszych osiągnięć w budowie Polski socjalistycznej, rękojmię wychowania całego narodu w duchu patriotyzmu i internacjonalizmu.

Z uchwały Biura Politycznego Komitetu Centralnego Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej w sprawie obchodu 70-lecia urodzin Towarzysza Józefa Stalina.

PRZEMIANY GOSPODARCZE

ZNALEZLIŚMY się obecnie na etapie trudności gospodarczych, wywołanych nienadążaniem produkcji rolnej za uprzemysłowieniem kraju, a pogłębionych wieloma jeszcze zjawiskami towarzyszącymi.

Z trudnościami tymi musimy walczyć wszyscy i to walczyć świadomie.

Dlatego też Redakcja uznała za słuszne i konieczne zamieścić w naszym piśmie artykuł ogólnie naświetlający obecną sytuację ekonomiczną.

W szpitalu, ambulatorium fabrycznym, w miejskim ośrodku zdrowia czy w pracy na wsi — wszędzie spotykamy się z tym zagadnieniem, nurtującym umysły naszych pacjentów.

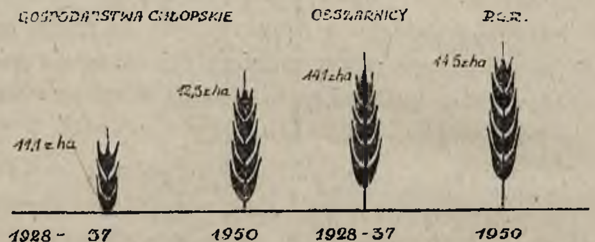
Naświetlając jasno i wszechstronnie obecną sytuację gospodarczą, rzeczowo odpowiadając na utyskiwania ludzi krótkowzrocznych lub nieuświadomionych — przyczynimy się tym samym do uspokojenia umysłów ludzkich, dopomagając Państwu w zwalczaniu zaistniałych, a nieuniknionych na tym etapie — trudności gospodarczych.

REDAKCJA

NASZEJ generacji wypadło żyć w czasach, w których Polska przeżywa wyjątkowo trudny i odpowiedzialny etap swej historii i od nas też zależy, czy przyszłe generacje nazwą nasz etap bohaterskim.

W okresie zaborów i po pierwszej wojnie światowej Polska wlokła się w ogonie rozwoju gospodarczego świata. Nowe granice państwa stworzyły możliwości geograficzne, a rewolucja socjalna stwarzając nowe warunki społeczne, zorganizowała ofiarność i wysiłek całego społeczeństwa do większej wydajności. Te dwa czynniki umożliwiły Polsce wysunięcie się z szarego końca narodów na jedno z pierwszych miejsc w Europie. Kraj nasz po wyzwoleniu zaczął zmieniać swój charakter z rolniczo-przemysłowego na przemysłowo-rolniczy. Zdajemy sobie sprawę, że sąsiedztwo z pomocnym i przyjaznym Związkiem Radzieckim stwarza nam wyjątkowe szanse, ale historia postawiła przed nami też i wyjątkowe zadania. Dotychczasowy wysiłek włożony przez klasę robotniczą i masy chłopskie okazał się owocny — dzieło gospodarcze Polski Ludowej przedstawia się wcale imponująco.

Porównajmy średnie zbiory w ciągu 10 lat przedwojennych z przeciętną wydajnością plonów po wyzwoleniu. W latach 1928—1937 średnia wydajność czterech głównych zbóż w gospodarstwach chłopskich do 50 hektarów wynosiła przeciętnie 11,1 kwintali z hektara, w gospodarstwach obszarniczych 14,1 kwintali, czyli o 3 kwintale więcej z jednego hektara. Pomimo jednakowych warunków klimatycznych, dzięki lepszej uprawie i wyższej agrotechnice, gospodarstwa obszarnicze dawały lepsze zbiory. W liczbie gospodarstw, które dawały 11,1 kwintali były też gospodarstwa kułackie, które osiągały wyższe plony niż gospodarstwa małorolne, których urodzaj z hektara nie przewyższał 8—9 kwintali z hektara.



Przy mniejszej liczbie ludzi — zbiory nieco większe, niż przed wojną.

W pierwszych trzech latach po wyzwoleniu wydajność średnia z hektara w całym naszym rolnictwie była niższa od przedwojennej, od roku 1948 systematycznie podnosi się, osiągając w r. 1950 średnio 12,3 kw. z hektara, a w Państwowych Gospodarstwach Rolnych średnio 14,5 kw. Za rok 1951 nie posiadamy jeszcze danych statystycznych, można jednak śmiało powiedzieć, że urodzaj na 4 gatunki zbóż zasadniczych nie jest niższy od roku ubiegłego.

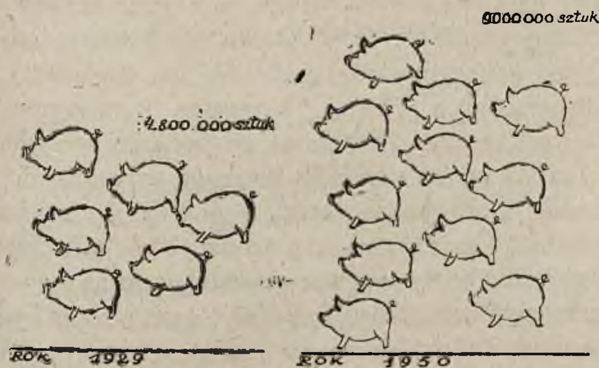
W r. 1929 posiadaliśmy w Polsce 4.800.000 sztuk pogłowia trzody chlewnej. Obecnie, przy nieco mniejszej liczbie ludności mamy ponad 9 milionów sztuk trzody chlewnej.

Dlaczego więc, mimo zwiększonej produkcji rolniczej, mamy trudności w zaopatrzeniu miast w mięso i niektóre inne produkty?

ROLNICTWO JESZCZE NIE NADĄŻA

W referacie wygłoszonym na ogólnokrajowej naradzie aktywu partyjnego i gospodarczego w Warszawie, wiceminister H. Minc przepro-

wadził głęboką ekonomiczną analizę obecnych trudności aprowizacyjnych, których **podstawową przyczyną jest dysproporcja między tempem**



Pogłowie trzody wzrosło prawie dwukrotnie.

rozwoju przemysłu a tempem rozwoju rolnictwa. Bowiem rolnictwo oparte na indywidualnej gospodarce drobnotowarowej lub kapitalistycznej nie nadąża za tempem rozwoju przemysłu socjalistycznego.

„Przed wojną przy znacznie większej niż obecnie liczbie ludności — mówi wicepremier — zatrudnienie pracowników najemnych poza rolnictwem, bez sił zbrojnych, wynosiło 2,733.000 osób. W r. 1949, pod koniec planu 3-letniego, wynosiło już przy mniejszej niż przed wojną liczbie ludności 3.896.000. A w r. 1951 wynosi ono 5.200.000 osób. W ten sposób przy mniejszej niż przed wojną ludności mamy nieomal podwojenie ludności zatrudnionej poza rolnictwem, przy czym coroczny przyrost tej ludności odbywa się w tempie bardzo szybkim. Skąd wzięło się takie powiększenie ludności, zatrudnionej poza rolnictwem, skąd przypłynęła ta ludność? Oczywiście, przypłynęła ona przede wszystkim ze wsi.



Prawie dwukrotnie wzrosła liczba zatrudnionych poza rolnictwem

Wymowne jest także porównanie stanu ludnościowego z r. 1931 i 1950. W r. 1931 ludność rolnicza stanowiła 61,4% całej ludności, a w r. 1950 tylko 45,75% ogółu ludności.

Wzrost ludności poza rolnictwem stwarza dodatkowe zapotrzebowanie na produkty rolnicze, tempo jednak rozwoju produkcji rolniczej nie idzie w parze z tempem rozwoju przemysłu. W stosunku do r. 1938 produkcja przemysłu wielkiego i średniego wynosi 268%, natomiast produkcja rolnicza tylko 106%.

DLACZEGO ROLNICTWO NIE MOŻE NADĄŻYĆ ZA PRODUKCJĄ PRZEMYSŁOWĄ?

„dlatego, że jest to rolnictwo indywidualne a więc takie rolnictwo, które nie może w pełni stosować nowoczesnych maszyn i zdobyczy agrotechniki i powiększać w tempie koniecznym swojej produkcji“,



Ludność rolnicza w r. 1931 stanowiła 61,4% ogółu, zaś w r. 1950 stanowi już tylko 45,7% ogółu ludności Polski.

i dalej... „nie może w pełnej mierze stosować tych środków obronnych, które dostępne są tylko dla wielkiego gospodarstwa przy łagodzeniu ujemnych wpływów zmienności warunków naszego klimatu“ — wyjaśnia wicepremier Minc.

CZY ZMNIEJSZYĆ TEMPO W PRZEMYŚLE? — NIE!

Wicepremier stawia jasno pytanie: czy wobec tego, że rolnictwa nie jest w stanie nadążyć za rozwojem przemysłu, na skutek czego powstają trudności w zaopatrzeniu, nie należałoby zahamować przemysłu, albo przynajmniej zmniejszyć jego tempo?

I odpowiada na to pytanie zdecydowanie negatywnie.

Polska otrzymała wyjątkową szansę w historii i wyjątkowe zadanie: **Nie wolno zahamować tempa uprzemysłowienia kraju.** Zahamowanie tempa oznaczałoby powrót na wieś setek tysięcy, a nawet milionów ludzi, oznaczałoby pogorszenie dla samych chłopów, ponieważ **industralizacja kraju jest źródłem dobrobytu chłopa. Zahamowanie tempa byłoby stworzeniem armii bezrobotnych w klasie robotniczej.**

Dzisiaj odczuwamy poważny brak rąk roboczych i dlatego niektórzy zapominają o stosunkowo niedawnych czasach, które wymownie ilustrują „Pamiętniki bezrobotnych", wydane w Warszawie w 1933 r. Robotnik budowlany pisze: „Nie można absolutnie nic znikąd zarobić, żadnych remontów i budowli, biura budowlane robią plajtę... Gospodarz eksmitował mnie za komorne..."

Według spisu ludności z r. 1931 w Polsce było 680.000 bezrobotnych, a wraz z rodzinami 1.500.000. Liczby te nie obejmują bezrobocia na wsi, które oceniano na 6—8 milionów.

Zlikwidowaliśmy tę zmorę przez wprowadzenie reformy rolnej, włączenie ziem zachodnich, ale przede wszystkim, jak stwierdza wicepremier: „...nawet przy reformie rolnej i olbrzymich połaciach ziem odzyskanych na zachodzie dobrobyt wsi byłby niemożliwy bez industralizacji".

Poziom materialny mało- i średniorolnych podniósł się poważnie w stosunku do czasów przedwojennych.

Zmniejszenie tempa industralizacji spowodowałoby wielki spadek siły nabywczej ludności miejskiej i zwęziłoby rynek zbytu dla artykułów rolniczych. I dlatego wicepremier w sposób zdecydowany odrzuca możliwość zahamowania tempa uprzemysłowienia kraju, które to zahamowanie **„...przeszkodziłoby rozwojowi i utrwaleniu systemu socjalistycznego we wszystkich dziedzinach naszej gospodarki i sprzyjałoby odrodzeniu sil kapitalistycznych,** byłoby więc błędnym, szkodliwym i niedopuszczalnym z punktu widzenia interesów państwa, interesów robotników, interesów chłopów pracujących, interesów socjalizmu".

CZY PRZYSPIESZYĆ SZTUCZNIE SOCJALIZACJĘ WSI? — NIE!

Powstaje jednak drugie pytanie: o ile nie można zahamować uprzemysłowienia kraju, a rolnictwo na skutek indywidualnej gospodarki jest zacofane, czy nie należałoby przyspieszyć socjalizacji procesu uspółdzielczenia wsi, żeby istniejącą dysproporcję zmniejszyć?

Praca zespołowa na wsi, spółdzielnie, PGR-y to nowy, nieznany dotychczas czynnik w historii gospodarczej i politycznej Polski. Czynnik ten nie może być mechanicznie zwiększany czy zmniejszany, jest raczej wypadkową wielu sił, zarówno techniczno-fizycznych, jak i psychicznych. Przejście z tradycyjnej gospodarki indywidualnej jest procesem długotrwałym, wymagającym zarówno zmiany mentalności człowieka, jak i odpowiedniego przygotowania technicznego, to znaczy, odpowiedniej ilości traktorów, kombajnów, siewników itd. Zespołowa gospodarka wiejska — spółdzielnia, czy PGR wymaga odpowiedniej kadry kierowniczej, którą nieledwie że trzeba tworzyć. **Proces ten musi być powolny i głęboki, bo wymaga u człowieka zmiany sposobu myślenia,** proces uspółdzielczenia musi być bowiem **dobrowolny,** a w końcu istniejące spółdzielnie muszą stać się wzorem dla następnych, szkołą wychowania nowych kadr kierowników spółdzielni i szkołą doświadczeń na naszym terenie.

Dlatego i tę propozycję wicepremier Minc zdecydowanie **odrzuca:** „...wszelkie sztuczne forsowanie, wszelkie przeskakiwanie etapów byłoby tylko szkodliwe i podrywałoby całą sprawę przejścia na tory spółdzielczości produkcyjnej".

Dostatecznie mocno podkreślono to zagadnienie w „uchwale gryfickiej" Prezydium Rządu.

O ile więc i ta możliwość rozwiązania trudności odpada — musimy jasno zdać sobie sprawę, że **trudności powstałe na skutek szybkiego rozwoju przemysłu nie są przejściowe, ponieważ rozwoju przemysłu nie zahamujemy i nie możemy sztucznie przyspieszyć socjalizacji wsi.**

Referat wicepremiera ma niecodzienne znaczenie. Po raz pierwszy z kompetentnych ust usłyszeliśmy głęboką analizę ekonomiczną sytuacji, w której znajduje się Polska. Określenie tego etapu — swoista periodyzacja historii Polski — jest niezwykle cennym wkładem do strategii gospodarczo - politycznej kraju.

TRUDNOŚCI OSTATNIEJ JESIENI

Podane wyżej elementy nie wyczerpują jednak trudności zaistniałych w miesiącach jesiennych. Dysproporcje między tempem rozwoju przemysłu i rolnictwa nie zaistniały przecież teraz, zaznaczyły się już dawniej, a wyraźniej wystąpiły po pierwszym planie 3-letnim. Zaostrzenie trudności ostatnich miesięcy powstało z 3 przyczyn:

1) zmniejszenie zainteresowania hodowlą trzody chlewnej, które nastąpiło na przełomie 1950/1951 r.;

2) słabsze zbiory ziemniaków i jarzyn, a w niektórych województwach i ich nieurodzaj jesienią 1951 r.;
3) nieprzychylne dotąd warunki siewu jesiennego, spowodowane długotrwałą suszą.

POGŁOWIE

Wzrost pogłowia następował wyjątkowo szybko, co w rezultacie doprowadziło do p o d w o j e n i a stanu. Wzrost ten jednak nie szedł w parze ze wzrostem bazy paszowej. Dla umożliwienia wzrostu pogłowia trzody chlewnej Państwo zrezygnowało nawet w 1950 r. z eksportu zboża i przeznaczyło je na paszę, hodowla jednak, na skutek stworzenia zainteresowania materialnego, rozwijała się znacznie szybciej niż zjawiała się pasza. Poważnym pokarmem dla trzody chlewnej są także ziemniaki, których nieurodzaj, zapowiadający się już klimatycznie od dłuższego czasu, wpłynął czasowo na wycofanie się chłopów z akcji hodowlanej.

WZROST KONSUMPCJI NA WSI

Na zmniejszenie dostaw do miast wpłynęły niewątpliwie w poważnym stopniu: wzrost dobrobytu na wsi i zwiększona konsumpcja mięsa wśród chłopów.

Rezerwy państwowe w PGR i Spółdzielniach Produkcyjnych, które z każdym dniem pracują wydajniej, pozwoliłyby najzupełniej na opanowanie trudności aprowizacyjnych i można było liczyć się jesienią z poprawą sytuacji na tym odcinku. Doszły jednak dwa czynniki, z którymi niewątpliwie trudno jest się liczyć i je planować, tj. **warunki klimatyczne i spekulacja.**

POSUCHA, którą przeżywa nasze rolnictwo w roku obecnym objęła rozmiary niespotykane od 1862 r. Przeciętne czerwcowe opady deszczowe w ostatnich 90 latach wynosiły 40 cm, w r. 1951 wynosiły one tylko 6 cm, we wrześniu 1951 — 1 cm. Pamiętajmy przy tym, że w **latach o znacznie słabszej posusze ginęło tysiące ludzi z powodu śmierci głodowej.** Posucha jesienna znacznie zmniejszyła wartość siewu jesiennego, co niewątpliwie przedłużyło perspektywę wyjścia z trudności.

SPEKULACJA

Wicepremier mówi: „Pogłębia je i zaostrza fakt, że trudności te chcą wykorzystać **elementy kułacko-spekulanckie na wsi i elementy kapitalistyczno-spekulanckie w mieście"** „Elementy te dążą do zajęcia na nowo tych pozycji gospodarczych, z których zostały wyparte. Elementy te chcą wyrwać się spod kontroli władzy ludowej, chcą wyśrubować ceny artykułów rolnych, utrudnić krajowi industralizację i usunąć hamulce dla wzrostu kułacko - spekulanckich zysków. Okazuje się bowiem, że gospodarstwa biedniackie wykonują plan skupu zboża z nadmiarem, natomiast znaczna część gospodarstw kułackich systematycznie nie wypełnia tego planu. Przyczynia się do tego fakt, że średniak, który jest centralną figurą naszego rolnictwa, tak jak średniak we wszystkich krajach ma dwie dusze: duszę człowieka pracującego i duszę posiadacza..." „W tych warunkach elementom kułacko-spekulanckim udało się tu i owdzie zarazić gorączką spekulacyjną część średniaków .

W WALCE O JUTRO MUSZĄ WZIĄĆ UDZIAŁ WSZYSCY

Położenie chłopa poprawiło się znacznie. Wynika to chociażby ze stałych i opłacalnych cen na zboże i inne produkty rolne oraz z polityki gospodarczej prowadzonej przez cały czas po wyzwoleniu. **Ciężaru trudności gospodarczych nie może ponosić tylko klasa robotnicza.** Nie można się zgodzić na szantaż kułacko-spekulancki w stosunku do miast. „Wymaga to — mówi dalej wicepremier — wprowadzenia pełnej i na wszystkich odcinkach ludowej praworządności. Ludowa praworządność oznacza opanowanie i karanie wroga, który stara się podnieść głowę, oznacza ona po drugie wypełnianie zobowiązań wobec państwa i niedopuszczenie do bezprawia.

Przed aparatem państwowym i partyjnym stają olbrzymie zadania. Należy przezwyciężać wahania średniaka, opanować elementy kułacko-spekulanckie, zmusić kułaka do wypełnienia zobowiązań, nie likwidując go. Należy wzmocnić sojusz ze średniakiem, oprzeć się o biedotę. Zadania stojące przed nami nie są łatwe, ale są wykonalne.

Na dożynkach w Poznaniu powiedział Prezydent Bierut:

„...Tym sumienniej powinien każdy chłop wykonać swe świadczenia i zobowiązania, gdyż wzmacniając państwo ludowe, wzmacniając sojusz robotniczo-chłopski, podnosi swój dobrobyt, utrwala bezpieczeństwo Ojczyzny.

W. J

DR JAN RUTKIEWICZ
Prezes PCK

Społeczna akcja zapobiegania gruźlicy

„DNI PRZECIWGRUŹLICZE" corocznie koncentrują uwagę społeczeństwa na problemie walki z gruźlicą.

Walkę z gruźlicą prowadzi i organizuje Ministerstwo Zdrowia, a rola organizacji społecznych polega tu na mobilizowaniu opinii społeczeństwa wokół poszczególnych ogniw wielkiego łańcucha zadań tej walki.

Polski Czerwony Krzyż, instytuija powołana, między innymi do organizowania społecznej akcji zapobiegania chorobom, w oparciu o rzesze członkowskie Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, prowadzi akcję uświadamiania społeczeństwa w stosowaniu wszelkich koniecznych metod i środków mających na celu zapobiegania gruźlicy.

Gruźlica w jej dzisiejszych rozmiarach jest smutnym dziedzictwem lat kapitalistycznego wyzysku, bezrobocia i nędzy oraz lat wojny i bestialskiej okupacji hitlerowskiej.

Milionowe sumy, jakie łoży nasze Państwo na walkę z tą chorobą i ofiarny wysiłek pracowników służby zdrowia, a zwłaszcza pielęgniarek i lekarzy, zatrudnionych w zakładach leczniczych, doprowadziły już dziś do znacznego opanowania i zmniejszenia zasięgu gruźlicy.

Statystyka sygnalizuje ostatnio znaczny spadek zachorowalności i zgonów na gruźlicę w naszym kraju. Daleko już odeszliśmy od tragicznej sytuacji, w której, według międzynarodowych przedwojennych danych statystycznych, wśród 31 państw europejskich, Polska zajmowała drugie miejsce pod względem ilości zgonów na TBC.

Medycyna poczyniła w tej dziedzinie wielkie postępy. Arsenał metod i środków leczniczych staje się z dnia na dzień zasobniejszy. Mamy już PAS, streptomycynę, szeroko rozpowszechniane są skuteczne, chirurgiczne metody leczenia płuc.

Nic nie pomogą jednak tysiące nowych łóżek szpitalnych i sanatoryjnych, setki nowych poradni przeciwgruźliczych, kilogramy streptomycyny, jeśli nie docenimy tak ważnego oręża walki z chorobami społecznymi, jakim jest szerokie uświadomienie mas w zakresie profilaktyki.

„Dni Przeciwgruźlicze" to czas nasilonej akcji propagandowej, uświadamiającej ludność z arsenałem środków zaradczych. Artykuły w prasie, odczyty, pogadanki w radio, wykłady, broszury, ulotki i plakaty mają spełnić to zadanie.

Zadanie to przede wszystkim spoczywa na Kołach Polskiego Czerwonego Krzyża i szerokich rzeszach uświadomionych pracowników służby zdrowia.

Zadaniem naszym jest nauczanie współobywateli, jak należy postępować, by uniknąć zarażenia się tą chorobą, zapoznanie z objawami towarzyszącymi rozwojowi choroby i okolicznościami sprzyjającymi jej szerzeniu się. Celowi temu służy także bogata literatura popularna, wydawana przez Polski Czerwony Krzyż.

Placówką zapobiegawczo-leczniczej akcji przeciwgruźliczej, z którą najczęściej powinna być powiązana nasza czerwonokrzyska praca społeczna, jest poradnia przeciwgruźlicza.

Poradnia przeciwgruźlicza, dobrze zaopatrzona w urządzenia diagnostyczne, to zasadniczy oddział szturmowy w walce z gruźlicą.

Dobrze pracująca poradnia umożliwia wykrycie najwcześniejszych postaci gruźlicy, które rokują szybkie i pełne wyleczenie. Masowo realizowany u nas system małoobrazkowych zdjęć rentgenowskich umożliwia szybką i dokładną kontrolę stanu płuc licznych grup ludności.

Szerokiej kontroli rentgenowskiej poddajemy dziś stopniowo ludność pracującą i uczącą się młodzież. Przenośny aparat do zdjęć małoobrazkowych dociera do fabryk, większych biur i uczelni. Dziś nie czekamy aż chory przyjdzie do nas sam, jak to miało miejsce w Polsce w okresie międzywojennym, ale sami idziemy do wszystkich warsztatów pracy i kontrolując ludzi, uważających się za zupełnie zdrowych, wykrywamy w wśród nich — dotkniętych już chorobą lub zagrożonych. Następnie docieramy do ich otoczenia. Tą drogą stwarzamy dokładny obraz statystyczny rozmiarów choroby i umożliwiamy planową walkę.

Zadaniem Kół PCK jest uświadamianie ludności o celowości i pożytku takich badań masowych i dopomożenie organom służby zdrowia w organizowaniu ich w zakładach pracy.

U olbrzymiej większości ludzi skontrolowanych nie napotykamy większych zmian, praktyka jednak wykazała, **że wśród zbadanych tysiąca osób wykrywamy około 30 ze zmianami w płucach, a z tego trzecia część to gruźlicy prątkujący, nieświadomi swego stanu.** Dlatego obowiązującą dziś zasadą walki z gruźlicą jest wyjście naprzeciw choremu, który nieświadomy swej choroby, jest rozsadnikiem bakterii.

Zadaniem kół PCK jest również roztoczenie opieki społecznej w blokach mieszkalnych i warsztatach pracy nad lżej chorymi, leczonymi ambulatoryjnie oraz ozdrowieńcami, wracającymi do pracy z sanatoriów. Posterunki sanitarne PCK muszą współpracować z poradniami przeciwgruźliczymi i dopomagać im w otoczeniu tych ludzi opieką, w dobraniu im

odpowiednio lżejszej pracy, czy pomocy w zmianie zawodu na bezpieczniejszy zarówno dla nich samych, jak i ich otoczenia.

Wszyscy pracownicy służby zdrowia, zatrudnieni w akcji przeciwgruźliczej, a zwłaszcza pielęgniarki poradni przeciwgruźliczych odwiedzające chorych w domu powinny oprzeć swą pracę o czynnik społeczny, jakim są Koła i posterunki sanitarne PCK w osiedlach mieszkalnych. Posterunki sanitarne PCK mogą i powinny okazać wielką pomoc pielęgniarkom poradni przeciwgruźliczych w pracy uświadamiającej i w opiece nad chorym i jego rodziną.

Podobnie lekarze i pielęgniarki zatrudnieni w akcji szczepień przeciwgruźliczych powinni znaleźć oparcie i pomoc w Kołach PCK przy propagowaniu i wykonywaniu masowych szczepień przeciwgruźliczych BCG.

Zadaniem naszym jest przełamanie pokutujących tu i owdzie przesądów, które mszczą się na zdrowiu ludności. Do przesądów tych należy, obok spotykanego niekiedy nieuzasadnionego braku zaufania w szczepieniu BCG, braku wiary w uleczalność gruźlicy.

Zadaniem naszym jest uświadamianie ludzi, iż gruźlica wcześnie rozpoznana i leczona jest w pełni uleczalna.

Uświadomieni pracownicy służby zdrowia oraz aktyw Czerwonego Krzyża muszą zwalczyć jeszcze jeden bardzo niebezpieczny przesąd. Tu i ówdzie panuje jeszcze przekonanie, że ludzie starsi rzadko chorują na gruźlicę. Jest to przekonanie n i e s ł u s z n e, a w skutkach prowadzi często do pozostawiania dzieci pod opieką kaszlących staruszków.

W dziedzinie walki z gruźlicą kraj nasz dokonał już wiele. Wynikiem tej pracy jest znaczny spadek zachorowalności na gruźlicę. Ostatnie 2 lata specjalnie dużo wniosły do unowocześnienia naszych metod pracy, były to lata częstszych zetknięć z radziecka służbą zdrowia i radzieckimi ftizjologami. Osiągnięcia radzieckiej służby zdrowia stały się w tej dziedzinie wzorem dla naszej pracy. Wybitną specjalistka radziecka w walce z gruźlicą, prof. dr Lebiediewa, dyrektor Moskiewskiego Instytutu Przeciwgruźliczego, która bawiła w Polsce w ubiegłym roku, zwiedziła szerek klinik i sanatoriów, dzieląc się z naszymi specjalistami osiągnięciami medycyny radzieckiej oraz wielkim swym doświadczeniem. Za jej radą m. i. praca naszych poradni przeciwgruźliczych zostanie oparta na ścisłym powiązaniu z małymi szpitalami dla chorych na gruźlicę tak, aby każda poradnia rozporządzała dla swych celów stałą liczbą łóżek szpitalnych. Wzorem radzieckiej służby zdrowia walka z gruźlicą w Polsce przestawia się obecnie w większym stopniu na leczenie gruźlicy kostnej u dzieci. Jeśli poradnie przeciwgruźlicze, w oparciu o pomoc społeczną Kół PCK, potrafią wykryć i skierować na leczenie wszystkie wczesne postacie gruźlicy kostnej wówczas liczba kalek i garbatych spadnie u nas do minimum.

Liczne i trudne są nasze zadania w dziedzinie uświadomienia społeczeństwa z całością akcji przeciwgruźliizej. Prace nasze musimy prowadzic c a ł y r o k, w „Dniach Przeciwgruźliczych" znacznie ją jednak nasilamy, a doskonałe wyniki poprzednich „Dni Przeciwgruźliczych" zachęcają nas do dalszej wytężonej pracy.

W walce z gruźlicą doniosłą rolę odgrywają uspołecznione kadry pielęgniarskie.

Pielęgniarki — aktywistki Polskiego Czerwonego Krzyża — to szturmowy oddział w akcji uświadamiania społeczeństwa o znaczeniu walki z gruźlicą.

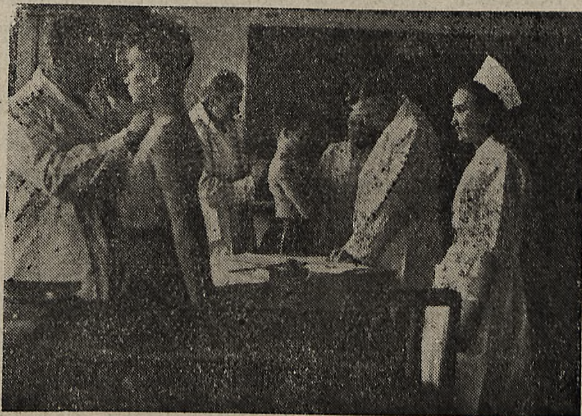
Jan Rutkiewicz

W poradni



Wszystkie dzieci zagrożone gruźlicą, (wątłe, asteniczne, narażone na kontakty) pozostają pod stałą opieką poradni dziecięcych.

F. P.



Stałe okresowe badania młodzieży szkolnej pozwalają na wczesne wykrywanie dzieci zagrożonych i chorych, co ułatwia zapobieganie gruźlicy i jej leczenie.

W. A. F.

MARIA GEJLER
*piel. Centr. Por. Przeciwgruźliczej
w Warszawie*

Praca pielęgniarki w poradni przeciwgruźliczej

CZOŁOWE miejsce w walce z gruźlicą zajmuje poradnia przeciwgruźlicza, której głównym zadaniem jest wykrycie chorego na gruźlicę, aby następnie mieć go pod stałą obserwacją, leczyć i pomagać mu. Każda poradnia przeciwgruźlicza powinna dokładnie znać nie tylko wszystkich chorych na gruźlicę, mieszkających na terenie jej działania, ale i wszystkie szkoły, przedszkola, fabryki, warsztaty itp. instytucje, jakie na danym terenie istnieją, i pozostawać z nimi w stałym kontakcie. Praktycznie, poradnia przeciwgruźlicza wykonuje swe zadanie przez ścisłą rejestrację chorych na gruźlicę i ich rodzin, pracę leczniczo-zapobiegawczą, pomoc w organizowaniu zajęć dla chorych na gruźlicę, szerokie uświadamianie ludności o środkach zapobiegawczych i skutkach zachowania na gruźlicę, o jej objawach, sposobach zachowania się podczas choroby.

W żadnym wypadku nie wolno nigdy podchodzić do chorego formalnie. Jeżeli do poradni zgłosi się chory już z dużymi zmianami w płucach, mało jest zarejestrować go tylko i zgłosić do lekarza. Pielęgniarka, która przyjmuje chorego, powinna ustalić powody, dla których chory zgłasza się tak późno, zapoznać się z jego warunkami bytu i pracy.

Poradnia przeciwgruźlicza powinna mieć pod stałą obserwacją wszystkich tych, którzy stykają się bezpośrednio z chorymi prątkującymi, czy w których rodzinie wykryto chorego nawet nie prątkującego, np. z gruźliczym zapaleniem opon mózgowych, z gruźlicą kości, skóry itd. Przy takiej obserwacji bardzo często udaje się wykryć istotne źródło zakażenia.

Obowiązkiem każdej pielęgniarki jest dbać o to, by pacjenci, u których na podstawie zdjęć małoobrazkowych wykryto zmiany w płucach, zostali jak najszybciej zbadani przez lekarza przychodni przeciwgruźliczej. Od pielęgniarki zależy, by u chorego, wezwanego do poradni przeprowadzić wszystkie niezbędne badania w ciągu tego samego dnia i wyniki natychmiast wpisać do karty.

Pielęgniarka powinna skoncentrować swoją uwagę nad tym, aby w porę wykryć chorego na gruźlicę, regularnie obserwować stan jego zdrowia, stale w środowisku chorego prowadzić pracę higieniczno-zapobiegawczą, dbać by miejsce pracy chorego było odpowiednie do jego stanu zdrowia, by sama praca nie pogarszała stanu chorego. W tym wypadku konieczna jest współpraca zarówno z administracją przedsiębiorstwa, jak i radą zakładową.

STOSUNEK DO CHOREGO

Pielęgniarka powinna w swojej pracy postępować tak, by otoczenie chorego widziało w niej przyjaciela. Jej zasadą powinno być stałe, cierpliwe uświadamianie chorego, taktowne przekonywanie go o skuteczności środków i zalecanych sposobów postępowania.

Każda pielęgniarka, a przede wszystkim pielęgniarka przychodni przeciwgruźliczej jest pracownicą społeczną. Prowadząc pracę uświadamiającą wśród chorych i ich otoczenia — o konieczności wietrzenia i dezynfekcji pokoju, zaniechania tytoniu i alkoholu, podawania rąk, całowania się itd. — pielęgniarka powinna również umieć wyjaśnić jak dalece w tym wypadku łączy się osobisty interes chorego z interesem społecznym.

Pielęgniarka powinna udzielać konkretnej i szybkiej pomocy we wszystkich wypadkach, kiedy konieczny jest wyjazd chorego do sanatorium czy prewentorium, gdy chodzi o umieszczenie chorego w szpitalu, musi pomagać lekarzowi w organizowaniu badań profilaktycznych.

Odwiedziny pielęgniarki w środowisku chorego nie mogą mieć w żadnym razie charakteru tylko oficjalnego, odwiedziny te to nie wizyta, lecz przyjacielskie spotkanie z kimś, kto niesie radę i pomoc.

PIERWSZY WYWIAD

Pierwszy wywiad ogranicza się zazwyczaj do poznania się z chorym i jego rodziną i taktownego wyjaśnienia celu odwiedzin. W trakcie krótkiej rozmowy należy dowiedzieć się o miejscu pracy i zawodzie chorego, o jego stanie rodzinnym i materialnym, o warunkach mieszkaniowych oraz o tym, czy chory i jego otoczenie posiadają znajomość przepisów higienicznych.

Następny wywiad powinien pielęgniarce wyjaśnić, w jakim środowisku przebywa chory poza domem i pracą, czy częściowo przynajmniej stosuje się do poleceń lekarza i pielęgniarki, jeszcze raz wyjaśnić konieczność przestrzegania przepisów higienicznych, wytłumaczyć, że gruźlica jest chorobą uleczalną, że świadome spełnianie poleceń przyczyni się niewątpliwie do szybkiego wyzdrowienia i odzyskania zdolności do pracy.

Zalecenia pielęgniarki, uzgodnione z lekarzem, powinny dotyczyć:

1) izolacji chorego od otoczenia;
2) troski o to, aby chory miał oddzielne łóżko, umieszczone w najbardziej widnej części pokoju;
3) pouczenia, w jaki sposób prawidłowo chory ma używać spluwaczki kieszonkowej i niszczyć plwocinę;
4) konieczności posiadania odrębnego ręcznika, bielizny i naczyń;
5) potrzeby częstego wietrzenia i należytego sprzątania mieszkania;
6) kontrolowania racjonalnego trybu życia chorego;
7) zarejestrowania w poradni wszystkich współlokatorów chorego i kontroli, by badania lekarskie tych osób odbywały się regularnie;
8) szczepienia dzieci szczepionką BCG;
9) regularnej dezynfekcji mieszkania chorego;
10) starania o poprawę warunków zdrowotnych w miejscu pracy chorego;
11) opieki nad rodziną po umieszczeniu chorego w szpitalu lub sanatorium;
12) pracy sanitarno-oświatowej.

PLANOWOŚĆ PRACY

Niedopuszczalne jest chaotyczne zbieranie wywiadów. Wywiady należy prowadzić ściśle według określonego planu, ułożonego co najmniej na 1 miesiąc z góry w porozumieniu z lekarzem poradni.

Od zorganizowania pracy zależy jej skuteczność i dobre wyniki. Zanim pielęgniarka uda się na wywiady powinna zawczasu, np. z rana w poradni, ułożyć sobie spis nowo ujawnionych chorych prątkujących i umieścić go dodatkowo w swoim planie wywiadów. Po przeprowadzeniu odpowiedniej ilości wywiadów, pielęgniarka wraca do poradni i referuje lekarzowi wyniki swojej pracy, a później wpisuje do karty wszystkie dane o chorym: jego warunki bytu i pracy, warunki sanitarne, nazwiska członków rodziny i tych, którzy mają kontakt z chorym, plan wywiadu, datę wykonania, temat pracy sanitarno-oświatowej itd.

Na podstawie tych danych oraz historii choroby, lekarz razem z pielęgniarką ustalają, jakie środki higieniczno-prafilaktyczne należy przedsięwziąć przeciw dalszemu szerzeniu się gruźlicy.

PROFILAKTYKA

Oddzielny pokój dla chorego jest jednym z podstawowych środków profilaktycznych i każdy chory prątkujący powinien go w zasadzie otrzymać. Jeżeli jest to niemożliwe, należy łóżko chorego ustawić co najmniej w odległości 2 m od innych łóżek.

Szczególną uwagę zwrócić na izolację dzieci, które są bardziej od dorosłych skłonne do zarażania się. Pokój wietrzyć bez względu na porę roku przynajmniej 3 razy dzennie w ciągu jednej godziny — z rana, po obiedzie i przed snem. Pożądane jest, aby chory spał przy otwartym oknie.

Pielęgniarka powinna umieć przekonać chorego, że posiadanie oddzielnej bielizny i naczyń leży w jego interesie. Naczynia trzeba przechowywać oddzielnie, nie mieszać z innymi i oddzielnie je zmywać. Jest rzeczą ważną, by prątkujący chory zmywał naczynia sam po sobie. Brudną bieliznę trzymać w worku. Worek wraz z bielizną trzeba przed praniem zamoczyć w ciągu 4 godzin w 3% roztworze lizolu i następnie gotować przez 15 minut.

HIGIENA OSOBISTA

Pielęgniarka powinna nauczyć chorego elementarnych zasad higieny osobistej, do których należy przede wszystkim czystość ciała, jamy ustnej, ubrania itp. Co najmniej raz w tygodniu chory powinien wykąpać się w wannie przez 10 minut w temperaturze wody 30—32°C. Te części ciała, które bardziej się pocą myć codziennie, ręce myć przed i po jedzeniu i po najmniejszym ich zabrudzeniu, paznokcie krótki ścinać, myć szczoteczką z mydłem. Chory, który gorączkuje, może się kąpać w wannie tylko za zezwoleniem lekarza. Przy krwioplucIu należy kategorycznie zabronić kąpieli. W tym wypadku natomiast wskazane jest codzienne wycieranie ciała wodą z dodatkiem octu (łyżeczka octu na 1 szklankę wody). Zęby myć dwa razy dziennie: rano i przed snem, usta płukać po każdym jedzeniu. Choremu nie wolno ubierać się zbyt ciepło. Ubranie powinno być dostatecznie ciepłe, lecz wygodne i lekkie.

DZIEŃ CHOREGO

Obowiązkiem pielęgniarki jest dopomóc choremu w zorganizowaniu trybu życia zaleconego przez lekarza. Regularny sen wzmacnia chorego, należy więc kłaść się o 10—11 wieczorem, wstawać o 6—7 rano. Z rana stosować lekkie ćwiczenia gimnastyczne (jeżeli lekarz na to zezwala), po gimnastyce wycierać ciało miękkim wilgotnym ręcznikiem. Przerwę obiadową w pracy poświęcić tylko na odpoczynek i zjedzenie obiadu, po pracy zaś umyć się, odpocząć i zjeść. Przed snem — spacer.

Przyzwyczajając chorego do wykonywania zaleceń lekarskich, pielęgniarka powinna również dbać o to, by chory bezwzględnie odzwyczaił się od palenia tytoniu i picia wszelkich napojów alkoholowych.

* * *

Dużo uwagi powinna pielęgniarka poświęcić sprawie dezynfekcji mieszkania chorego. W razie wysłania chorego do szpitala lub sanatorium, albo w wypadku zgonu mieszkanie należy dokładnie wydezynfekować. Dezynfekcję przeprowadza zazwyczaj stacja sanitarno- epidemiologiczna.

Maria Gejler

STEFANIA MICHAŁOWSKA
Instr. Piel. C. W. Por.
Ochr. Mac. i Dz. w Krakowie

Pielęgnowanie chorych na Heine-Medina

Przypominamy naszym czytelnikom, że w Nr 2—3 rb. drukowaliśmy artykuł dr S. Bobera o chorobie Heine Medina, oraz ogólne wskazówki przy pielęgnowaniu chorych dzieci.

od Redakcji

PACJENT powinien leżeć w spokoju, w pokoju dobrze ogrzanym, bez przeciągów, wskazana temperatura pokoju w okresie choroby — 26°C.

ŁÓŻKO

a) Pod materacem deska wielkości siatki łóżka, opierająca się na ramie siatki, aby siatka się nie uginała.

b) Materac twardy.

c) W nogach łóżka deska szerokości łóżka do opierania nóg i podtrzymywania koca.

d) 2 klocki 10 cm^3 między deską w nogach łóżka a materacem, tworzące 10 cm wolną przestrzeń na stopy przy ułożeniu chorego na brzuchu.

e) Na ramę łóżka, tworzącą wezgłowie, naciągnąć poszewkę dla ochrony przed przeciągiem,

f) Kawałek koca do wysłania siatki między materacem a nogami łóżka, aby nie wiało od dołu. Brzegi tego kawałka wsunąć z jednej strony pod deskę w nogach, z drugiej gładko pod materac, boki przycisnąć klockami.

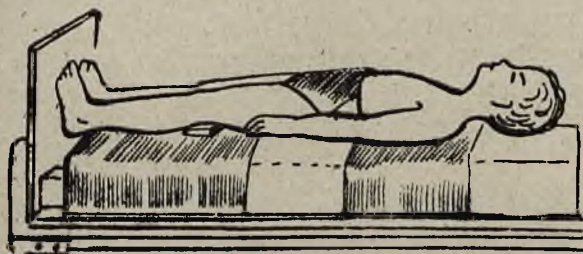
g) Cerata przykrywająca cały materac.

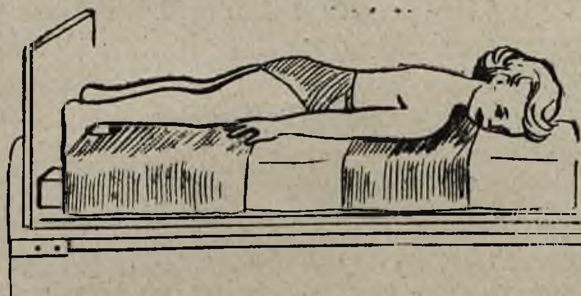
h) Zamiast prześcieradła — materac przykryty czystym, jasnym, wełnianym kocem, dla wchłaniania wilgoci i ciepła.

i) Pod głową zamiast poduszki podkład płócienny.

j) Pod pośladki cerata i podkład.

k) Pod kolana ewentualnie pod staw skokowy (w pozycji na brzuchu) kawałki ligniny obszytej gazą.



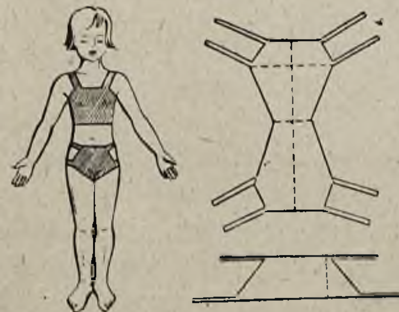


UŁOŻENIE CHOREGO

W pierwszych dniach ostrego okresu należy pozwolić choremu na dowolne, wygodne ułożenie, korygując je poduszkami na życzenie chorego. Gdy ból minie, ułożyć chorego prawidłowo na plecach, z rękami wzdłuż tułowia, z nogami wyprostowanymi, przywiedzionymi, ze stopami mocno opartymi o deskę. Ułożenie takie chory winien zachować przez cały okres leczenia w dzień i w nocy, nie należy mu pozwalać na ułożenie dowolne. Przynajmniej dwa razy dziennie chory powinien przez jakiś czas leżeć na brzuchu. Chodzenie, spuszczanie nóg i siadanie w tym okresie jest b e z w z g l ę d n i e w z b r o n i o n e.

UBRANIE CHOREGO

W ostrym okresie choroby nie należy chorego ubierać w obcisłe piżamy czy koszule. Najlepiej stosować koszule zapinane z tyłu. Przy stosowaniu okładów należy dać pacjentowi tylko o p a s k ę n a b i o d r a. W przerwach między jednym a drugim okładem można nałożyć pacjentowi s t a n i k.



POSTĘPOWANIE Z CHORYM

1. Chorego nie kąpać lecz delikatnie myć, ostrożnie wysuszając przez dotykanie, nie zaś tarcie.
2. Jak najmniej pacjenta poruszać. Poruszanie i dotykanie chorego powiększa skurcze i ból. Przed dotknięciem pacjenta trzeba pamiętać o ogrzaniu rąk.
3. Przykrycie nie powinno dotykać ciała chorego. Należy przerzucić przykrycie przez krawędź łóżka, lub podtrzymać drucianym kloszem.
4. Basen, uprzednio ogrzany, podaje się choremu w pozycji leżącej, unosząc ostrożnie pośladki, bez udziału chorego (dobrze jest
5. Karmić w ułożeniu na plecach lub brzu-
czynność tę wykonywać we dwie osoby).
chu.
6. Przy prześcielaniu łóżka, chorego przesuwa się delikatnie na brzeg, unikając wszelkich zbędnych ruchów.
7. Wszelkie badania siły mięśniowej w okresie trwania bólów są *bezwzględnie wzbronione;* wzbronione są również w tym okresie wszelkie ruchy chorego: czynne i bierne.
8. Nie dopuszczać nigdy do zmęczenia pacjenta zabiegami pielęgniarskimi, nim ono wystąpi zabieg należy przerwać, np. toaletę wykonywać z przerwami.
9. Choremu należy przede wszystkim stworzyć spokój fizyczny i psychiczny; atmo-

sfera pogodnego optymizmu wpływa kojąco na nerwy chorego.

10. Dieta lekkostrawna, z dużą ilością surowych soków owocowych lub soku z marchwi.
11. Należy zachować wszelkie ostrożności celem ustrzeżenia siebie i innych od zakażenia. Obowiązuje:
    — mycie rąk po każdym dotknięciu chorego,
    — przebieranie się przed rozpoczęciem pracy i po jej zakończeniu,
    — mycie dokładne przed zejściem z dyżuru,
    — odkażanie moczu i stolca oraz wydalin z jamy noso-gardzielowej chorego.

W czasie okładów chory bardzo się poci, tracąc wodę i sole, w celu uzupełnienia tych strat należy podawać chorym duże ilości wody z solą (3 g soli na dobę) lub wodę mineralną o dużej zawartości soli kuchennej np. Ciechocińska „Krystyna".

Przy porażeniach typu opuszkowego nie wolno podawać mleka, ponieważ wzmaga ono wydzielanie śluzu.



ZABIEGI

1. Gorące okłady.
2. Ćwiczenia. Po okresie mniej więcej 4-dniowym stosowaniu gorących okładów, gdy bóle się zmniejszą, należy rozpocząć delikatne ruchy bierne, tak aby w żadnym wypadku nie sprawić choremu bólu.
3. Przy zaparciach — małe lewatywy.
4. Przy zatrzymaniu moczu — gorące okłady na okolice pęcherza, w ostateczności cewnikowanie.
5. Przy zaburzeniach w połykaniu i przy gromadzeniu śluzu — ułożenie chorego na brzuchu, z głową niżej (unieść łóżko w nogach); śluz z jamy ustnej usuwać za pomocą odsysania pompką lub gruszką gumową.

GORĄCE OKŁADY

Gorące okłady przepisuje i odstawia lekarz.

W przypadkach zarówno rozpoznanych jak i podejrzanych, natychmiast po przyjęciu chorego na oddział, należy rozpocząć leczenie gorącymi okładami. Okłady należy przede wszystkim stosować na miejsca bolesne lub porażone, zachowując w miarę możliwości prawidłowe ułożenie chorego. W ciężkich przypadkach, zwłaszcza przy zaatakowaniu mięśni oddechowych, gorące okłady powiny być stosowane przez całą dobę, z godzinnymi przerwami na posiłki. W przypadkach mniej ciężkich, okłady stosuje się przez 10 godzin w ciągu dnia.

Przy leczeniu choroby Heine Medina stosuje się 3 rodzaje okładów:

I. *Okłady koncentrowane,* zmieniane co minutę w ciągu 15 minut, z przerwami 2 godzinnymi, stosowane najwyżej 6 razy na dobę. Okłady koncentrowane stosuje się przede wszystkim na klatkę piersiową przy zaatakowaniu mięśni oddechowych. Okłady te nie są pokrywane żadnym materiałem, po zdjęciu ich klatkę piersiową pokrywa się warstwą waty.

II. *Okłady zawijane,* polegające na tym, że całe ciało chorego zawija się w następujący sposób: chorego odsuwa się na brzeg łóżka, na łóżku rozpościera się wełniany koc, na koc kładzie się ceratę, na ceratę kładzie się gorące okłady, przeznaczone na tułów i kończyny, na to wszystko przesuwa się chorego w prawidłowym ułozeniu, przednią powierzchnię tułowia i kończyn pokrywa się też okładami i całego chorego owija się w ceratę i koc, na którym leży. W takim okładzie trzyma się chorego przez 15 minut. Okład ten zmienia się 4 razy w ciągu godziny. Stosujemy je od 4—6 razy na dobę.

III. *Okłady zapinane,* polegające na tym, że tułów i poszczególne części kończyn owija się okładami, pozostawiając wolne stawy, za wyjąt-

kiem biodrowych i barkowych. Okłady te zapinamy agrafkami, składają się one z 3 warstw materiału. Stawy wolne pozostawiamy w celu umożliwienia stosowania ruchów biernych. Okłady te zmienia się co godzinę, pozostają one od 6 do 10 godzin na dobę. W razie braku materiału do okładów zapinanych, można je czasowo zastąpić okładami zawijanymi.

SPOSÓB KRAJANIA OKŁADÓW

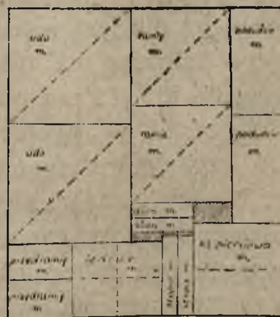
1. Warstwa wewnętrzna (mokra) i zewnętrzna (sucha) powinny być krajane po nitce prostej, nie zaś z ukosa, aby się nie ciągnęły. Należy liczyć się z tym, że materiał się zbiegnie wskutek zamoczenia. Warstwa nieprzemakalna i sucha powinny być jednej wielkości. Trykot kraje się podwójnie, składa i zeszywa brzegi.

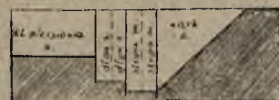
2. Poszczególne płaty okładów powinny być tak duże, aby zachodziły na siebie.

3. Przy częstych zmianach, na jeden komplet warstwy suchej potrzebne są 2 komplety warstwy mokrej.

4. Krajanie koca: przy wielkości koca 180 x 210 cm:

	warstwa mokra	warstwa mokra	warstwa nieprzemakalna
Dla dorosłego średniego wzrostu	1 1/3 koca	3/1 koca	3.60 m
Dziecko 12-letnie	3/4 „	1/2 „	3 m
Dziecko 5-letnie	1/2 „	1/3 „	2.10 m





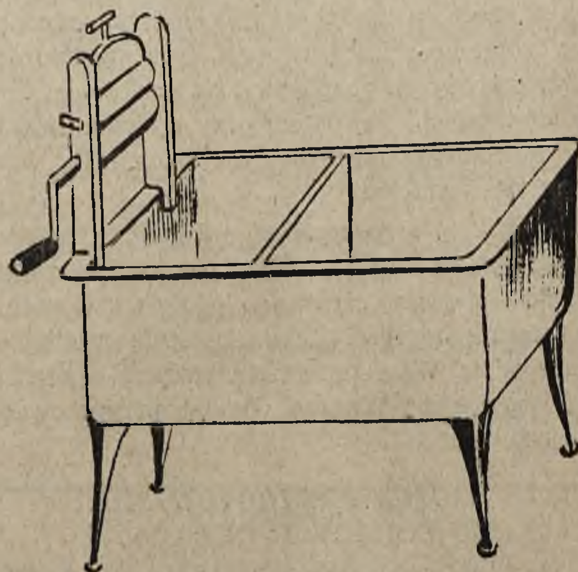
Wykroje poszczególnych części okładów z cienkiego wełnianego koca.
Warstwy mokre oznaczone literą „m"
Warstwy suche oznaczone literą „s"
Ciemno zakreślone miejsca oznaczają niewykorzystane pozostałe kawałki koca.
Linie przerywane oznaczają złożenie na pół. Przy bardzo cienkim kocu warstwy mokre powinny być podwójnie złożone jak przy trykocie. Jeżeli natomiast koc jest gruby — wszystkie warstwy mogą być pojedyńcze, wówczas jedną część okładów można wykorzystać jako drugi komplet mokry, uzupełniając brakujące suche warstwy.

MATERIAŁ DO OKŁADÓW

1. Warstwa mokra — trykot lub wełniany koc ze 100%, a przynajmniej 75% wełny.
2. Warstwa nieprzemakalna — miękka cerata.
3. Warstwa wierzchnia sucha — z tego samego materiału co mokra.

KONIECZNY SPRZĘT W POKOJU PRZYGOTOWAWCZYM

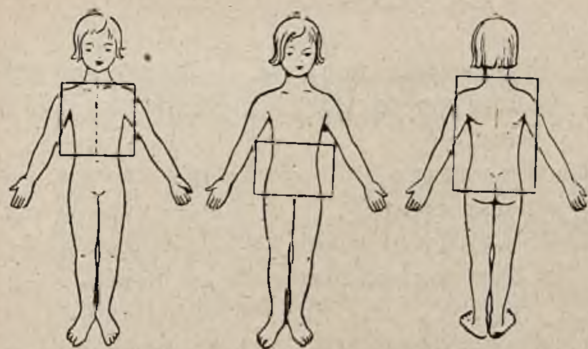
1. Autoklaw lub kocioł z pokrywą o podwójnym dziurkowanym dnie,
2. źródło ciepła (piec, elektryczność),
3. wanienka z przymocowaną wyżymaczką.

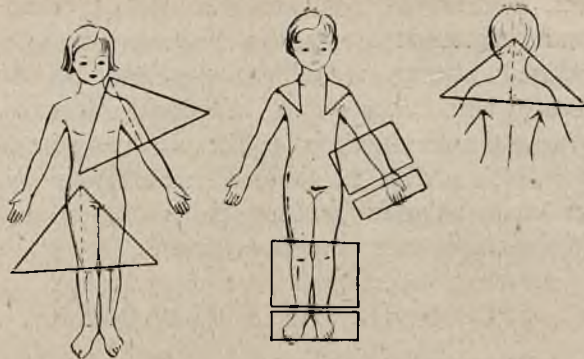


Wanienka drewniana, wyłożona nierdzewną blachą o wymiarach ca: długość — 80 cm, szerokość — 50 cm, głębokość — 35 cm. Większa jej część służy do składania okładów wyjętych z kotła, mniejsza — na ściekającą z wyżymaczki wodę. W każdej części na dnie znajduje się otwór z korkiem do wylewania wody.

4. hermetycznie zamykane, wyłożone ceratą wiadro o podwójnym dnie, do przenoszenia okładów,
5. szczypce lub widełka o długich rączkach i tępych końcach do wyjmowania okładów z wrzątku,
6. stół, taboret i półka na komplety okładów.

Potrzebne przybory:
— rękawiczki gumowe,
— opaska na biodra,
— staniki,
— agrafki.





KOMPLETY OKŁADÓW

Komplet warstwy mokrej — na prostokąt lub kwadrat o wielkości mniej więcej 1 m² grubego froteru lub flaneli poukładać warstwy mokre w takiej kolejności, jak będziemy kłaść na chorego. Okłady tak poukładane zawinąć we froter lub flanelę i zapiąć agrafką, tworząc pakiet łatwy do rozpięcia i do rozłożenia. Kolejność zmienia się potem przy wyżymaniu tak, że do chorego niesiemy w wiadrze I-ą warstwę na wierzchu.

Warstwy nieprzemakalne i suche układamy w kolejności takiej, żeby pierwsza warstwa sucha z pierwszą ceratką wypadły na wierzchu, a ostatnia warstwa sucha z ostatnią ceratką — na spodzie. Wszystko razem związać bandażem lub sznurkiem, tworząc pakiet przygotowany do zabiegu.

SPOSÓB PRZYGOTOWANIA DO GORĄCYCH OKŁADÓÓW

1. Pakiet z warstwami mokrymi wkładamy do autoklawu lub kotła z gorącą wodą, zapięciem do góry.

2. Po ogrzaniu do 100°C, wyjmujemy pakiet szczypcami lub widełkami i wrzucamy go do wanienki, do części dalszej od wyżymaczki,

3. Po rozpięciu pakietu szybko, kolejno przekręca się przez wyżymaczkę, dwa razy każdy kawałek, składając go następnie do wiadra, froter (flanela), w którym okłady były owinięte wyżąć przez wyżymaczkę i położyć na wierzchu w wiadrze, przytrzymując okłady w czasie przenoszenia i zakładania.

4. Po zamknięciu szczelnie wiadra razem z paczką warstw suchych, niesiemy wiadro do chorego.

5. Przy chorym na jednym taborecie stawiamy wiadro, obok na drugim paczkę z warstwami suchymi.

ZAKŁADANIE OKŁADÓW

a) *Przygotowanie pacjenta.*

Chory leży na plecach na kocu, przykrywającym materac, i ma na sobie tylko opaskę biodrową. Starszym dzewczętom i kobietom należy ochronić brodawki piersiowe kawałkami gazy.

b) *Zasady przy zakładaniu okładów.*

Okłady stosuje się tak gorące, jak tylko chory potrafi wytrzymać, bez poparzenia, o temperaturze nie niższej niż 50°C. Jeżeli okład parzy, unieść go natychmiast, skórę wytrzeć i położyć okład powtórnie. W pielęgnowaniu dzieci lepiej jest robić pierwsze dwa lub trzy okłady nieco chłodniejsze, aby przyzwyczaić dziecko do ciepła. Okłady powinny przylegać szczelnie i nie dopuszczać powietrza. Okład nieszczelnie przylegający powoduje oparzenie. Natłuszczenie przed i po zabiegu nie jest wskazane. Okłady powinny być założone na tyle mocno, aby się nie przesuwały, ale też nie powinny uciskać. Od czasu do czasu, w regularnych odstępach sprawdzić, czy okłady się nie obluźniły lub nie usunęły. Należy uważać, aby nie okrywać stawów: nadgarstka, łokciowego, kolanowego i skokowego, ale pokryć całe mięśnie kończyn. Upewnić się, czy pacjent ma swobode ruchów w tych stawach. Przyłożyć warstwę mokrą, szybko nakryć warstwą nieprzemakalną i suchą, aby nie oziębić.

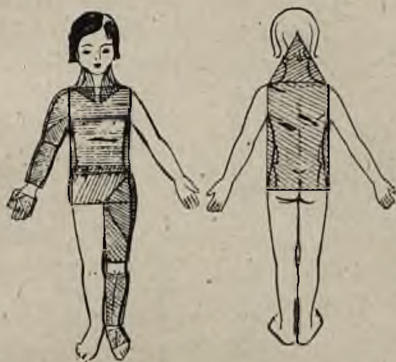
KOLEJNOŚĆ ZAKŁADANIA OKŁADÓW ZAPINANYCH

Udo: Wierzchołek trójkąta pozostaje powyżej kości biodrowej od przodu, podwinąć kolejno koniec wewnętrzny, potem zewnętrzny pod udo, starannie rozprostować pod chorym, końce zachodzą na siebie z przodu.

P l e c y: obrócić chorego na bok, przyłożyć wszystkie warstwy okładów od karku do szpary pośladkowej; dolne brzegi podsunąć pod okład na uda.

B r z u c h: położyć okład na brzuchu od piersi aż do pachwiny, dolne brzegi podsunąć pod okłady na udach .

P i e r s i: położyć okład od brody aż do pępka, wygładzając brzegi na bokach, tak aby zachodziły na okład na plecach.



R a m i ę: wierzchołek trójkąta przyłożyć dokładnie pod uchem. Poza tym zawinąć jak udo. Brzegi okładu pleców podsunąć pod okład ramienia.

K a r k — s z y j a: zależnie od grubości karku można trójkąt ułożyć wierzchołkiem na potylicy lub do dołu między łopatkami; obydwa końce trójkąta przechodzą naokoło szyji do przodu, ale się ich z przodu nie krzyżuje tylko podsuwa symetrycznie pod okład na piersiach.

P r z e d r a m i ę: owinąć gładko.

R ę k a: owinąć dłoń i palce, przy czym jeden koniec okładu powinien oddzielać duży palec od reszty ręki, końce palców zostawić wolne.

P o d u d z i e: owinąć jak przedramię.

S t o p a: owinąć tak, aby końce zachodziły na siebie na podeszwie, tworząc grubszą warstwę, końce palców zostawić wolne.

Przypiąć zewnętrzne warstwy okładów jeden do drugiego ,aby się nie przesuwały, a mianowicie:

okład szyji z przodu i z tyłu do okładu na klatce piersiowej, z boku do okładu na ramieniu;

górne brzegi okładu ramienia do okładu na klatce piersiowej z przodu i z tyłu;

górne brzegi okładu uda do okładu na brzuchu z przodu i do okładu na plecach z tyłu;

spiąć okład klatki piersiowej z brzusznym z przodu;

po założeniu okładów, trzymać pacjenta w pozycji przepisowej;

raz na 2 4godziny, zwykle w nocy, wypłukać i wysuszyć warstwy mokre, a wywietrzyć nieprzemakalne i suche;

od czasu do czasu należy je także przeprać.

Stefania Michałowska

W SZKOLE I NA KURSIE

TARNÓW

Dnia 28 października w Państwowej Szkole Pielęgniarstwa w Tarnowie odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów 46 absolwentkom.

W piątym roku swego istnienia Szkoła oddała polskiej służbie zdrowia 214-ą pielęgniarkę o pełnych kwalifikacjach zawodowych. Dzień 28 października był świętem zarówno 46 absolwentek VII zespołu opuszczającego Szkołę, jak i świętem zespołu, którego pracy Szkoła zawdzięcza swe istnienie.

Dyrektorka Szkoły, ob. Martynowska Zofia żegnając swe absolwenki odczytuje im proste słowa listu podpisanego przez 13 chorych oddziału szkoleniowego w szpitalu w Tarnowie: „Swą pełną poświęcenia, sumienną pracą w czasie pełnienia dyżurów nocnych, słuchaczka Rzepka Alicja wykazała, że zna doskonale zadania pielęgniarki w obecnej rzeczywistości. Opiekując się specjalnie troskliwie robotnikiem i chłopem zdała egzamin dojrzałości społecznej i zdatności do pełnienia zaszczytnego zawodu, jakim jest pielęgniarstwo".

Przedstawiciel Prezydium Wojew. Rady Narodowej w Krakowie wyraża przekonanie, że takie absolwentki z entuzjazmem staną do pracy w szpitalach, PGR-ach i ośrodkach zdrowia, by z głębokim zrozumieniem podjąć opiekę nad największym skarbem, tj. zdrowiem człowieka pracy.

Dyplomy otrzymały następujące absolwentki:

Balwierz Krystyna
Bielecka Teresa
Bogaczewicz Wanda
Bogusz Anna
Borecka Alicja
Bugno Bronisława
Cacaj Zofia
Cholewa Franciszka
Chudy Janina
Czajka Helena
Drewniak Janina
Drużkowska Zofia
Fularska Jolanta
Gałązka Maria
Gorzelak Stefania z odzn.
Hubicka Maria
Jamróz Maria
Jaśkowicz Halina
Kapel Helena
Kasprzyk Ligia
Kaziród Elżbieta
Korycińska Janina

Korzeniowska Maria
Kozioł Henryka
Kuciak Janina
Kuta Zofia
Lilberowicz Bronisława
Lubelska Stanisława
Łoboda Janina
Łyduch Zenona
Maj Cecylia
Majda Jadwiga
Molek Zenobia
Niemiec Stanisława
Nowak Anatolia
Prusak Krystyna
Pszczenka Wanda
Rybka Matylda
Ryżew Eugenia z odzn.
Salwińska Wilhelmina
Sas Maria
Sowa Maria
Stan Krystyna
Sucharska Maria
Wachaczenko Maria
Winnik Regina

W ciągu dwuletniego przygotowania się do zawodu w Szkole wyróżniła się kol. **Gorzelak Stefania**, córka robotnika z huty „Stalowa Wola". Przodownicą nauki i pracy społecznej została kol. **Ryżow Eugenia**, córka kolejarza z woj. Białostockiego.

W. W.

NOWY SĄCZ

Uczennice pełniące dyżury w żłobku są już o godz. 7 rano na stanowisku. Jest to godzina, o której rodzice przyprowadzają swe dzieci, aby oddać je pod troskliwą opiekę personelu i uczennic szkoły pielęgniarstwa na czas swej całodziennej pracy zawodowej. Dzieci łatwo rozstają się z rodzicami i z radością wbiegają do szatni. Tutaj przy pomocy swych wychowawczyń ubierają się w jednakowe pajacyki i fartuszki.

Do godz. 8 dzieci spędzają czas na sali zabaw zaopatrzonej w piękne zabawki, dostosowane do każdego wieku dziecka. Po godzinnej zabawie — śniadanie, przy którym dzieci starsze uczą się odpowiedniego zachowania w czasie posiłków i odpowiedniego posługiwania się nakryciami. Po posiłku znowu zabawa w sali lub na powietrzu w zależności od pogody. Drugie śniadanie spożywają dzieci w czasie przerwy w zabawie. O godz. 12 obiad. Wśród dzieci zdarzają się oporne, zwłaszcza jeżeli chodzi o mycie i jedzenie, ale i tu, przy stosowaniu odpowiednich metod wychowawczych, zawsze można sobie poradzić. Teraz następują 2 godziny snu. Wypoczęte dzieci uczą się teraz nowych piosenek i wierszyków, mówiących im o życiu w krajach, gdzie dobrobyt i szczęście dziecka jest największą troską władz i całego społeczeństwa. Z odpowiednich piosenek dowiadują się też o złych ludziach zabijających dzieci i rodziców, o dzieciach, które nie mają jasnych żłobków ani szkół i zamiast szczęśliwego dzieciństwa muszą żebrać i kraść, aby zaspokoić głód.

Dobra uczennica, mająca zainteresowanie dla swej pracy i kochająca swój przyszły zawód jest wielką pomocą dla matek w wychowywaniu dzieci. W zakres pracy jej wchodzą także rozmowy z matkami. Pielęgniarka bowiem musi wiedzieć, jak zachowuje się dziecko w domu, czy nie chorowało w międzyczasie, jakie jest samopoczucie dziecka w domu, czy warunki mieszkaniowe uległy poprawie od ostatnich odwiedzin. Każda pielęgniarka pracująca w żłobku czy też przedszkolu powinna znać warunki domowe dziecka oddanego pod jej opiekę: czy mieszkanie jest czyste, czy dziecko ma osobne łóżeczko, czy nie jest narażone na zakażenie przez stykanie się z zakaźnie chorymi: musi pouczyć matkę o właściwym postępowaniu z dzieckiem i dzielić się z nią swymi spostrzeżeniami z terenu żłobka. I tak np. zauważyła katar u dziecka lub wysypkę na skórze, brak apetytu lub złe samopoczucie — matka musi się o tym dowiedzieć. Należy też zwracać uwagę matki na psychiczną stronę wychowania dziecka, nie dostarczać zabawek w postaci karabinu, żołnierzy czy obrazków propagujących wojnę, aby w ten sposób nie zaszczepiać malcom szkodliwych zamiłowań i instynktów, by wychowywać dziecko w atmosferze kolektywnego, zgodnego współżycia z innymi dziećmi.

Jeżeli praca między pielęgniarką a środowiskiem dziecka będzie harmonijna pod względem metod i kierunku wychowania fizycznego i psychicznego dziecka, to z maleństw, powierzonych naszej opiece, wyrosną zdrowi i dobrzy obywatele socjalistycznej Ojczyzny.

Korespondentka Szkolna
Oziębłowska Maria

CHEŁM LUB.

Dnia 27. X. 1951 odbyło się uroczyste wręczenie dyplomów 34 absolwentkom Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa w Chełmie Lub. Na uroczystości byli obecni przedstawiciele Woj. Wydziału Zdrowia, prof. dr Skubiszewski, rektor. A. M. w Lublinie oraz przedstawiciele władz miejscowych.

Ogólny wynik egzaminów był bardzo pomyślny, gdyż na 34 zdające 15 uzyskało wynik bardzo dobry, a tylko dwie — dostateczny.

Po przemówieniu Dyrektorki, następujące uczennice otrzymały dyplomy:

Alchimowicz Aldona
Antyga Kazimiera
Baran Maria
Baczewska Stanisława
Biernat Maria
Chmielewska Maria
Ciesielska Wiktoria
Doroszewska Irena
Dynas Maria
Dyrkacz Halina
Frankowska Wanda
Harasimiuk Luba
Huk Janina
Imach Alina
Kompolt Irena
Koszel Elżbieta
Kowalczyk Irena
Kulińska Zofia
Kuźnicka Krystyna
Machałek Genowefa
Majchrzak Alina
Mąka Aniela
Niczewska Maria
Oberda Mieczysława
Oleszek Maria
Repeć Czesława
Skowrońska Teresa
Stępniak Helena
Szymczak Leokadia
Świderska Maria
Szymańska Czesława
Ścibisz Urszula
Świst Danuta
Urban Irena

Dla wyróżniających się uczennic w nauce i pracy społecznej Zarząd Szk. ZMP, Szpital Powiatowy, oraz Dyrekcja Szkoły ufundowały cenne nagrody książkowe.

Nagrody otrzymały:
Baczewska Stanisława,
Biernat Maria,
Frankowska Wanda,
Kompolt Irena,
Michałek Genowefa,
Oberda Mieczysława,
Skowrońska Teresa,
Świderska Maria,
Scibisz Urszula,
Urban Irena.

Żegnając Szkołę, w imieniu absolwentek przemawiała kol. Oberda uczestnik

W. M.

MRĄGOWO

W dn. 6 października 1951 r. w Szpitalu Powiatowym w Mrągowie rozpoczęto doszkalanie pielęgniarek z zakresu krwiodawstwa. W szkoleniu biorą udział pielęgniarki szpitalne oraz z Ośrodka Zdrowia. Wykładowcami na tym kursie są: dr Weis Emil, kol. Romanowska Helena, przełożona oraz ob. Kujtkowski Stanisław, wicedyrektor Szpitala.

J. A.



lekarzy i przełożoną szpitala odbywają się 2 razy w tygodniu i cieszą się dużym zainteresowaniem słuchaczek. Na kurs uczęszcza 25 osób.

**
*

W dniu 11.X. 1950 r. odbyła się w Kętrzynie powiatowa odprawa pielęgniarek, zorganizowana przez powiatową instruktorkę pielęgniarstwa, ob. Kniżołkową. W odprawie wzięło udział 34 pielęgniarki oraz instruktorka wojewódzka, ob. Żukowska.

Na odprawę złożyły się referaty: ideologiczny, lekarski i 2 pielęgniarskie.

Poza tym o znaczeniu szkolenia zawodowego i ideologicznego mówiła ob. Żukowska.

Po demonstracji zabiegów pielęgniarskich przez 2 pielęgniarki: Więcek i Bochenek, na zakończenie odprawy zabrała głos powiatowa instruktorka pielęgniarstwa, ob. Kniżołkowa, omawiając pracę pielęgniarską terenową i szpitalną.

Zebrano z korespondencji W. Woronicza, świetlicowego Szpitala Powiatowego w Kętrzynie.

**
*

Niżej podajemy wykaz szkół i liceów felczerskich uruchomionych w całym kraju w r. 1950 przez Ministerstwo Zdrowia:

SZKOŁY FELCZERSKIE
Szczecin
Wrocław

PAŃSTWOWE LICEA FELCZERSKIE:

Warszawa
Gdańsk
Gorzów
Toruń
Szczecin
Częstochowa
Łódź
Wrocław
Świdnica
Kłodzko
Siemianowice
Opole



Wolna Trybuna

CZY ZAWSZE WŁAŚCIWIE TRAKTUJEMY NASZYCH PACJENTÓW?

CHCĄC bezstronnie odpowiedzieć na to pytanie, muszę podejść do tematu zarówno z punktu widzenia pracowników ośrodka zdrowia, jak i matki, która szuka u nas pomocy dla swego chorego dziecka, a więc matki zaniespokojonej, zdenerwowanej, żądającej w wielu wypadkach rzeczy niemożliwych. Wytwarza to specyficzną atmosferę rozdrażnienia i dlatego na pytanie: „czy zawsze właściwie traktujemy naszych pacjentów?“ muszę odpowiedzieć — nie.

Dlaczego tak jest? Dużo czasu upłynie zanim staniemy wszyscy na wysokości zadania, gdyż tak jedną stronę jak i drugą trzeba dopiero w y c h o w a ć. Zanim pacjent (pod tym słowem rozumiemy matkę z chorym dzieckiem) nie zrozumie całości pracy i dobrej woli lekarza oraz pielęgniarki, dotąd nie nabierze do nich pełnego zaufania i z całym spokojem nie powierzy im swego dziecka, a także i odwrotnie: zanim lekarz, i pielęgniarka nie zrozumieją pacjenta — nie może być mowy o harmonijnej współpracy nad przywróceniem zdrowia dziecku.

Na naszym terenie mamy do czynienia z rodzicami, którzy są elementem na ogół mało jeszcze uświadomionym co do potrzeb higieny dziecka. Pamiętając o tym, musimy uzbroić się w cierpliwość i wyrozumiałość. Udzielając informacji nie możemy żądać od rodziców, aby od pierwszego razu wskazówki nasze były dla nich zupełnie jasne, musimy udzielać informacji wszechstronnych, wyczerpujących i, nie żałując swego czasu, powtarzać je wielokrotnie, gdyż tylko w ten sposób podniesiemy oświatę sanitarną. Musimy zrozumieć psychikę matki chorego dziecka oraz pamiętać, że dziecko jest wrażliwsze od człowieka dorosłego, choć nie potrafi tego wypowiedzieć.

Pamiętajmy, że zawód nasz żąda od nas całkowitego oddania sprawie. Nie wolno w naszej pracy być biurokratą, który z wybiciem godziny zamyka biurko i... nic go więcej nie obchodzi. Jakże często zdarza się jeszcze, że lekarz lub pielęgniarka z wybiciem godziny zakończenia przyjęć po prostu zamykają gabinet, nie licząc się z oczekującymi jeszcze pacjentami. Czy to jest właściwe podejście?

Wiemy z doświadczenia, że jeszcze wielu lekarzy i wiele pielęgniarek pracuje mechanicznie, nie wykazując w swej pracy ani serca ani zamiłowania. Czy ich praca i podejście do pacjenta może być właściwe? Oczywiście, że nie!

Dlaczego tak jest? Częściowo dlatego, że wobec braku sił fachowych, personel lekarsko-pielęgniarski jest przeciążony niejednokrotnie pracą i zaczyna pracować mechanicznie, zamieniając się w maszyny robocze, częściowo zaś dlatego, że nie nadają się po prostu do tego zawodu.

Czy słuszne jest podejście lekarza czy pielęgniarki, którzy trzymając się dosłownie litery prawa, nie chcą udzielić pomocy pacjentowi... „bo to nie z jego rejonu?“ Oczywiście, że nie!

Czy słuszne jest załatwianie innych spraw (może nieraz rzeczywiście ważnych, lecz nie związanych z chorobą pacjenta) w godzinach przyjęć, kiedy chorzy czekają?

Przytoczone przeze mnie przykłady są już coraz rzadsze, musimy bowiem przyznać, że w ostatnich miesiącach, dzięki reorganizacji służby zdrowia i wprowadzeniu socjalistycznej dyscypliny pracy, sytuacja na naszym odcinku pracy zmieniła się bardzo na lepsze.

Dziś staramy się, w miarę sił i możności, załatwić pacjenta dokładnie i szybko, dokładamy starań, aby pacjent na terenie naszej pracy spotkał się z życzliwością i odszedł z przeświadczeniem, że zrobiono dla niego wszystko, co leży w możliwościach Ośrodka Zdrowia.

Usprawniając nadal naszą pracę, zrywamy ze starym rutyniarstwem, a wkładając w swą pracę nie tylko wiedzę zdobytą, ale i serce, będziemy stać na straży zdrowia dziecka, traktując naszych małych pacjentów jako największe dobro Polski Ludowej.

Janina Drągowska

СОДЕРЖАНИЕ

Съезд активистов органов Здравохранения.

Др С. БОБЕР — Новые открытия советской науки.

Др Я. ХЛЕБОВСКИЙ — Нефродитиаз.

Д. ПЖИБЫЛЬСКАЯ — Уход за больными на нефродитиаз.

М. МОЖКОВСКАЯ — Диэта для больных на нефродитиаз.

В. ЛИСОВСКАЯ — Питание больных.

И. ПИГЛОВСКАЯ — Работа в деревне.

В школах и на курсах.

Свободная Трибуна.

SOMMAIRE

La Conférence des activistes du Service de Santé

DR S. BOBER — Les nouvelles découvertes scientifiques en URSS

DR J. CHLEBOWSKI — La Lithiase rénale

D. PRZYBYLSKA — Comment soigner un malade atteint d'une lithiase rénale

MGR M. MORZKOWSKA — Le régime d'un malade atteint de la lithiase rénale

W. LISOWSKA — La nourriture des malades

I. PIGŁOWSKA — Nous travaillons à la campagne

Aux écoles professionelles et aux cours d'aides infirmières

Faits divers

La Tribune Libre

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15—17. Redakcja czynna: codziennie 11—13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Srebrna 12 — Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportażu „Ruch''. KONTO PKO: Nr I-15978 — „Pielęgniarka Polska''. Prenumerata miesięczna: zł 1.50, kwartalna zł 4.50, półroczna zł 9.00, roczna zł 18.00, CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 1.200 zł, 1/2 str. 750 zł, 1/4 str 450 zł, 1/8 str. 300 zł, 1/16 str. 210 zł, 1/32 str. 150 zł.

Drukarnia Wydawnictwa MON w Łodzi. 5.000. Nr 12. I.51. D-2-12263

KRONIKA

Z zagranicy

ZSRR

Przy budowie wielkiego kanału Wołga-Don pracuje cały sztab lekarzy-higienistów i epidemiologów, których zadaniem jest czuwanie nad zdrowiem robotników zatrudnionych przy budowie. Specjalną uwagę zwraca się tu na zapobieganie malarii przez wprowadzenie przymusowego leczenia profilaktycznego, dzięki któremu malaria została prawie całkowicie zlikwidowana. Dla zapewnienia robotnikom pomocy lekarskiej na miejscu zbudowano szpitale, ambulatoria, laboratoria oraz inne instytucje społeczno-lekarskie.

***

Dla rodzin robotników, zatrudnionych przy robotach remontowych na Kirowskiej linii kolejowej zainstalowano „ruchomy żłobek". Mieści się on w odpowiednio urządzonym wagonie kolejowym, który jeździ z pociągiem brygady remontowej. Żłobek ten może pomieścić około 20 dzieci.

***

13 listopada 1851 roku o godz. 11 m. 15 ruszył pierwszy pociąg osobowy na linii Petersburg - Moskwa. W owym czasie na linii tej znajdowały się oddalone od siebie o dziesiątki kilometrów, bardzo nieliczne punkty felczerskie. Obecnie na trasie Moskwa-Leningrad istnieję gęsta sieć szpitali, ambulatoriów z gabinetami wszystkich specjalności, domy wypoczynkowe, izby porodowe, żłobki itd. Do robu 1917 liczny sztab pracowników kolejowych był obsługiwany przez jeden szpital, obecnie każda większa stacja — miasto posiada szpital ze wszystkimi oddziałami.

Od roku 1917 linia ta nosi nazwę „Październikowej".

CZECHOSŁOWACJA

W Republice Czechosłowackiej dużym powodzeniem cieszą się ruchome gabinety dentystyczne, urządzone na wozach z doczepką samochodową i wyposażone w niezbędne aparaty, jak bormaszyny, fotele, reflektory itp. Wóz jest ogrzewany i oświetlony elektrycznością, którą czerpie z miejscowych sieci, ponadto posiada własny akumulator, którym posługuje się w małych miejscowościach, gdzie brak jest sieci elektrycznej.
To ruchome ambulatorium obsługuje wielkie budowle w terenie, pracowników robót leśnych i rolnych itp.

***

Na lewym brzegu Odry, w pobliżu miasta Ostrawy, rozpoczęto budowę wielkich zakładów metalurgicznych. im. Klemensa Gottwalda. Równocześnie z tą przemysłową budową rośnie cały szereg urządzeń profilaktyczno - leczniczych jak szpitale, ambulatoria wszystkich specjalności, sanatoria dzienne i nocne, żłobki, przedszkola itp. Wszystkie te budynki zaplanowano wśród parku w otoczeniu zieleni i ogrodów. Zaplanowano również boiska sportowe, stwarzając wzorowe warunki dla fizycznego rozwoju młodzieży.

NIEMCY

Studium kinowe DEFA pracuje stale nad filmami o treści popularnej oraz naukowo-medycznej. Filmy te mają na celu szerzenie propagandy zdrowia i higieny, są również doskonałą pomocą naukową dla młodych lekarzy i całego personelu medycznego. Przy opracowywaniu tych filmów biorą udział wybitni naukowcy — specjaliści. Ostatnio ukazał się film o krzywicy i o gruźlicy pod tytułem: „Pod promieniami Rentgena".

RUMUNIA

Rząd Rumuński, podobnie jak i inne Republiki Ludowe, otacza troskliwą opieką matki i dzieci, przeznaczając na ten cel w budżecie na 1951 rok — 1.750.000 lej,

Wielodzietne matki otrzymują premie, a ostatnio wydano uchwałę o odznaczeniach. Matki mające ponad 10 dzieci otrzymują order „Matce bohaterce", dla matek posiadających poniżej 9 dzieci — „Chwała Matce", a dla matek pięciorga lub sześciorga dzieci — „Medal Macierzyństwa".

W ostatnich łatach w Rumunii szeroko rozbudowano izby porodowe, tak, że obecnie około 80% kobiet ma zapewnioną opiekę lekarską w czasie porodu.

Numer naszego pisma wyjątkowo w miesiącu grudniu rb. ukazuje się w zmniejszonej objętości



W księgarniach i kioskach



DR MARIA GÓRALÓWNA

CHOROBY NOSA, GARDŁA I UCHA

podręcznik dla średnich szkół medycznych, str. 140 + VI szt. tab., cena 7.40 zł.

Biblioteka podręczników dla pielęgniarek wzbogaciła się o nową pozycję: Marii Góralówny „Choroby nosa, gardła i ucha", książkę wydaną przez Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

W dziedzinie otolaryngologii pielęgniarka pracuje dziś w warunkach poradni specjalistycznej, których liczba rośnie z dnia na dzień, lub na oddziale szpitalnym — stąd szczególna potrzeba podręcznika, któryby ją do tej pracy przygotował.

Podręcznik podzielony jest na 4 części: 1) nos, 2) jama ustna, gardło, przełyk, 3) krtań, tchawica i oskrzela, 4) ucho. Każdy rozdział obejmuje anatomię i fizjologię omawianego narządu, sposoby badania, schorzenia, leczenie i zabiegi.

Najobszerniej potraktowany jest rozdział o schorzeniach nosa. Autorka omawia szczegółowo budowę narządu, najczęstsze schorzenia, podając przy okazji sposób leczenia, zabiegi, przygotowania do zabiegów, narzędzia itp. Dość pobieżnie natomiast potraktowana została etiologia tych schorzeń.

W rozdziale drugim układ materiału wygląda podobnie jak w rozdziale poprzednim. Bardzo dobrze ujęte są schorzenia migdałów i błonica gardła. W krótkim, zwięzłym wykładzie poznajemy z łatwością charakterystyczne objawy, przebieg choroby, leczenie i możliwe powikłania. Szczegółowo opracowano przygotowanie do operacji w jamie ustnej, w gardle oraz w przełyku. Autorka przytacza wszędzie zestaw niezbędnych narzędzi operacyjnych, a także narzędzia i leki, które mogą być potrzebne w razie powikłań w przebiegu operacji. Ze względów dydaktycznych zasługuje na podkreślenie podanie pielęgnowania chorych po operacji.

W rozdziale „Ucho" anatomia i fizjologia zostały potraktowane bardziej pobieżnie niż w rozdziałach poprzednich podobnie jak schorzenia uszu podane są mniej wyczerpująco.

Końcowy rozdział książki „Słuch i mowa" porusza niezmiernie ważne zagadnienie, znaczenie słuchu dla ogólnego rozwoju dziecka, zwracając uwagę na przeoczenia, której ofiarą pada dziecko, uznawane często zbyt pochopnie za niedorozwinięte, podczas gdy zaburzenia w porę spostrzeżone i leczone zapewniałoby dziecku normalny rozwój.

Autorka omawia również zawodowe uszkodzenia narządu słuchu, zapobieganie, higienę oraz rehabilitację głuchoniemych. Wady mowy i ich leczenie zostały potraktowane bardzo pobieżnie.

Pomimo niewielkich usterek całość stanowi dodatnią pozycję w szeregu podręczników dla pielęgniarek.

Bardzo dobre rysunki w tekście oraz 7 tablic z rysunkami narzędzi, używanych przy zabiegach uzupełniają wartościową całość.

J. B.

СОДЕРЖАНИЕ

В. Я. — Великие перемены.

Др Я. Руткевич — Борьба с туберкулозом,

М. Гейлер — Работа медсестры в диспансере.

С. Михаловская — Уход за больными детским параличем.

Из школ и курсов.

Хроника.

SOMMAIRE

W. J. — Les grands changements économiques

Dr J. Rutkiewicz — La lutte contre le T.B.C.

S. Michałowska — Les soins de malades de Heine-Medina

M. Gejler — Le travail de l'infirmière dans le dispensaire TBC

Aux écoles professionnelles et aux cours d'aides infirmières

Faits divers

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15—17. Redakcja czynna: codziennie 11 — 13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Srebrna 12 — Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportażu „Ruch''. KONTO PKO: Nr I-15978 — „Pielęgniarka Polska''. Prenumerata miesięczna: zł 1.50, kwartalna zł 4.50, półroczna zł 9.00, roczna zł 18.00, CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 1.200 zł, 1/2 str. 750 zł, 1/4 str 450 zł, 1/8 str. 300 zł, 1/16 str. 210 zł, 1/32 str. 150 zł.

Drukarnia Wydawnicza MON w Łodzi. 3.500 Nr 1433 XII.51. D-2-31114